

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1312113887								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SABANDO		BERMUDEZ		DIANA		CAROLINA		F	05/07/1998	26	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0994365065 / 0960116128		Afiliado Seguro Campesino		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.						
MANABÍ				TOSAGUA		TOSAGUA		7. Insuficiencia de profesionales.						
				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		10.- X				
				5. Problemas de infraestructura.		X		FALTA DE EX. DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DÁVILA"		CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGÍA.

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PRIMIGESTA DE 25 AÑOS ACTUALMENTE CON 32 SG POR FUM: 31/12/2023. FPP: 06/10/2024. Y 30 SG POR ECOGRAFIA TEMPRANA CON FPP: 21/10/2024.

CON RIESGO OBSTETRICO ALTO (6) POR OBESIDAD G°III, PSORIASIS, Sx. OVARIO POLIQUISTICO...?

AL MOMENTO CON BEG, AL EX. FISICO: MUCOSAS HIPOCROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RsCsRs/s TA. 120/70mmHg. MI EDEMA+. SCORE MAMÁ: 0

EX. OBSTÉTRICO: AU: 33cm (SIGNO DE MÁS +). MF+. FCF: 130 LxM. P. TRANSVERSA. Ex. GINECOLOGICO NO EXPLORADO.

SE I/C A GINECOLOGIA POR VARIOS F.R. COMO LA GANANCIA EXCESIVA DE PESO, SIGNO DE (+). LA OBESIDAD G° III...ETC. Y VALORAR VÍA DE PARTO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EX. FISICO: MUCOSAS HIPOCROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RsCsRs/s TA. 120/70mmHg. MI EDEMA+. SCORE MAMÁ: 0

EX. OBSTÉTRICO: AU: 33cm (SIGNO DE MÁS +). MF+. FCF: 130 LxM. P. TRANSVERSA. Ex. GINECOLOGICO NO EXPLORADO.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO,	Z359		X	4			X
2 AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	O260		X	5			
3 OBESIDAD G° III, PARA ESTUDIO.	E669		X	6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
13/08/2024	12.00	LUIS ABEL		MARTINEZ		CASTRO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1803403326				MEDICO FAMILIAR			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
CONTRAREFERENCIA		☐		REFERENCIA INVERSA		☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			